

## 1. Introdução

Os anticoagulantes diretos (dabigatran, rivaroxabano e apixabano) (NOACs) foram aprovados nos últimos anos para utilização nas patologias (**Quadro 1**) em que antagonistas da vitamina K (varfarina, acenocumarol) ou heparinas (standard ou de baixo peso molecular) têm sido utilizados durante décadas. Contrariamente aos antagonistas da vitamina K, a administração destes novos medicamentos, por terem uma resposta anticoagulante mais previsível, não exige monitorização de rotina da atividade anticoagulante não sendo, por conseguinte, necessária a referenciação dos doentes para uma Consulta de Anticoagulação. Está ainda recomendado que, nos doentes com indicação para terapêutica com estes anticoagulantes diretos e que não conseguem manter um INR terapêutico adequadamente (TTR >65% – do ingles *time in therapeutic range*), se faça a mudança de anticoagulante.

## 2. Objetivo

Este estudo pretendeu avaliar a proporção entre doentes, com duas patologias distintas, fibrilhação auricular não valvular e prótese cardíaca mecânica para avaliar o impacto dos NOACs na população que se mantem na Consulta.

## 3. Métodos

Foi efetuada uma análise retrospectiva (2010-2015) de todos os doentes da Consulta de Anticoagulação do Serviço de Patologia Clínica do CHLO, oriundos maioritariamente do Hospital de Santa Cruz, e que estão inseridos no programa de gestão de doentes anticoagulados HYT-Gold® (Werfen).

Selecionámos os doentes com o diagnóstico principal de “Fibrilhação auricular” (FA) e “Prótese cardíaca mecânica” (PM).

Dado que a presença de PM é uma contraindicação para a terapêutica com NOACs, considerámos esta população como grupo controlo (**Quadro 2**).

Avaliámos também a proporção de doentes por faixa etária.

### NOACs – Indicações aprovadas (EMA e FDA)

Entidade Reguladora Medicamento	EMA	FDA	EMA	FDA	EMA	FDA
Fármaco	Rivaroxabano	Dabigatran	Apixabano			
Prevenção AVC/IES em doentes com FANV	X	X	X	X	X	X
Tratamento TVP	X	X	X	X	X	X
Tratamento EP	X	X	X	X	X	X
Prevenção da TVP recorrente e EP	X	X	X	X	X	X
Prevenção do TEV na atrofia eletiva da anca	X	X	X		X	X
Prevenção do TEV na atrofia eletiva do joelho	X	X	X		X	X
Prevenção de acontecimentos aterotrombóticos após uma síndrome coronária aguda (SCA) com biomarcadores cardíacos elevados, coadministrado com AAS isoladamente ou com AAS mais clopidogrel ou ticlopidina	X					

Quadro 1.

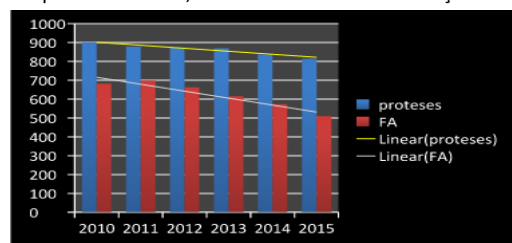
### NOACs – Contra-indicações (não exaustivo)

- Hipersensibilidade
- Hemorragia ativa
- IRC : ClCr < 30 para o dabigatran; ClCr<15 para o rivaroxabano e o apixabano
- Hepatopatia associado a coagulopatia ou risco de hemorragia, incluindo doentes cirróticos Child Pugh B e C
- Próteses mecânicas
- Gravidez e amamentação

Quadro 2.

## 4. Resultados

Em primeira análise, há claramente uma diminuição mais acentuada no número de doentes com FA, do que no número de doentes com PM.



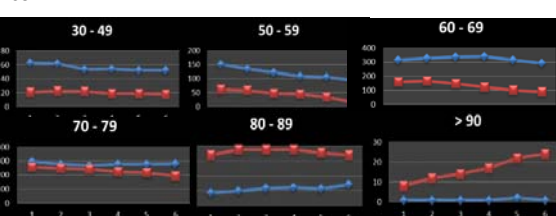
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Próteses mecânicas</b>	900	878	872	870	836	814
<b>Fibrilhação auricular</b>	682	699	663	615	573	509

Corresponde a uma diminuição

- 9.6 %

- 25,4 %

Analisando a distribuição dos doentes das duas populações por faixa etária, observamos que nos grupos com idade inferior a 69 anos existe uma amostragem muito maior nos doentes com PM. Na faixa etária dos 70-79 anos esta diferença não tem tanto impacto, tendo as duas populações dimensões semelhantes. A partir dos 80 anos, existe uma clara mudança, passando a amostra dos doentes com FA a ser claramente maior do que a dos doentes com PM.



	Próteses mecânicas							Fibrilhação auricular						
IDADE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	%	2010	2011	2012	2013	2014	2015	%
0-29	29	27	32	27	25	20	-31,0	5	5	3	2	3	2	-60,0
30-49	63	62	53	54	52	52	-17,5	21	23	22	19	19	18	-14,3
50-59	152	135	123	108	106	95	-37,5	61	58	47	45	34	16	-73,8
60-69	316	326	335	339	315	293	-7,3	160	164	147	122	102	88	-45,0
70-79	296	278	270	279	279	282	-4,7	258	249	242	222	216	192	-25,6
80-89	43	49	58	62	57	71	65,1	169	188	188	188	177	169	0,0
>90	1	1	1	1	2	1	0,0	8	12	14	17	22	24	200,0
<b>Total</b>	<b>900</b>	<b>878</b>	<b>872</b>	<b>870</b>	<b>836</b>	<b>814</b>	<b>-9,6</b>	<b>682</b>	<b>699</b>	<b>663</b>	<b>615</b>	<b>573</b>	<b>509</b>	<b>-25,4</b>

## 5. Discussão e Conclusão

A análise retrospectiva efetuada abrange um período em que os NOACs estavam já aprovados para a FA não valvular. Não dispomos de dados referentes a anos anteriores a essa aprovação, pelo que não podemos avaliar a relação entre o nº total de utentes com PM e FA. No entanto, é possível afirmar que há um maior decréscimo de doentes jovens com FA na consulta, muito provavelmente devido à utilização dos NOACs. Verificámos que após os 80 anos, em que a terapêutica com NOACs é problemática, tanto pela polimedicação dos doentes como pela diminuição da ClCr, há uma inversão da relação entre doentes com PM e FA.

Concluimos que, apesar de os antagonistas da vitamina K serem cada vez menos utilizados na FA, são ainda a terapêutica de eleição nas faixas etárias mais avançadas.

### 6. Bibliografia

1. Tezza, O. Padellaro, A. Zimmermann, L. Bassi, S. Zambelli e E. Cancellieri. The role of anticoagulation clinics in the era of new oral anticoagulants. Thrombosis, Hindawi Publishing Corporation, 2012.
2. G. Lipari e F. Frascino. Laboratory monitoring of warfarin in the era of direct oral anticoagulants. Lancet Haematology, 2015.
3. H. Tran, J. Joseph, L. Young, S. McRae, J. Currow, H. Mandurkar, P. Wood e C. McLintock. New oral anticoagulants: a practical guide on prescription, laboratory testing and peri-procedural/bleeding management. Internal Medicine Journal, 44, 2014.